



Sykepleie til foreldre med premature barn på nyfødt intensivavdeling

Kandidatnummer: 180 og 217
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie
Emne 14B

Antall ord: 8713
Dato: 14.04.2020



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2020
<p>Tittel Sykepleie til foreldre med premature barn på nyfødt intensivavdeling</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilken kompetanse bør sykepleieren ha om sykehusmiljø, om omsorgsfull sykepleie og god kommunikasjon, for å kunne bidra til å redusere stress og fremme mestring hos foreldre til premature barn, på en nyfødt intensivavdeling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Sykepleierens teoretiske kunnskapsgrunnlag består av kompetanse om det premature barnet, foreldrenes opplevelse av sykehusmiljøet og det å få et prematurt barn, kommunikasjonsteori og Benner og Wrubels sykepleieteorier om omsorg, stress og mestring. Til slutt beskrives sykepleierens veiledende funksjon, i tillegg til relevante juridiske og etiske føringer for sykepleierens yrkesutøvelse.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litteraturstudie hvor fag- og forskningslitteratur danner grunnlaget for diskusjonsdelen til slutt i oppgaven. Metodekapittelet består av fremgangsmåte for valg av litteratur, søkehistorikk for forskningsartikler, kildekritikk og etiske vurderinger.</p> <p><u>Drøfting</u> I diskusjonsdelen drøftes presentert teoretisk kunnskapsgrunnlag opp mot forskningsartiklene. Her diskuteres sykehusmiljøets påvirkning på foreldrenes stress og mestringsopplevelse, foreldrenes behov for informasjon og god kommunikasjon, familiebasert omsorg og emosjonell støtte i praksis, og betydningen av sykepleieveiledning for å fremme mestring.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren bør ha kompetanse om det premature barnet og foreldrenes opplevelse av det å få et prematurt barn som legges inn på nyfødt intensivavdeling. I tillegg er Benner og Wrubels sykepleieteori om omsorg, stress og mestring, kommunikasjonsteori, sykepleierens veiledningsfunksjon og relevante etiske og juridiske føringer vesentlig å ha kunnskaper om. Sykepleierveiledning er hensiktsmessig for å fremme mestring og redusere stress. Sykehusmiljøet har stor påvirkning på foreldrenes opplevelse. Sykepleieren bør benytte familiebasert omsorg for å fremme familien som en enhet og at foreldrene er barnets viktigste omsorgsgivere. Kommunikasjonen bør være personsentrert. Familierom fremmer psykisk og fysisk velvære hos både foreldre og barn.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling	1
1.3	Avgrensning og kontekst.....	2
1.4	Begrepsavklaring	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	3
2.1	Det premature barnet	3
2.2	Foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn innlagt på nyfødt intensivavdeling .	4
2.3	Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori	5
2.4	Personsentrert kommunikasjon og familiebasert omsorg	7
2.5	Kommunikasjon i en krise	8
2.6	Sykepleierens veiledende funksjon	9
2.7	Juridiske og etiske føringer.....	9
2.7.1	Lovverk	9
2.7.2	Etikk.....	11
3	Metode.....	12
3.1	Valg av metode.....	12
3.2	Valg av fag- og forskningslitteratur og søkehistorikk	12
3.3	Kildekritikk.....	14
3.4	Etisk vurdering.....	15
4	Presentasjon av forskningsartikler	16
5	Diskusjon.....	19
5.1	Sykehusmiljøets påvirkning på foreldrenes stress og mestringsopplevelse	19
5.2	Behovet for informasjon og god kommunikasjon	22
5.3	Familiebasert omsorg i praksis - emosjonell støtte til foreldre i krise	26
5.4	Betydningen av sykepleieveiledning for å fremme mestring.....	29
6	Oppsummering og avslutning	31
7	Referanseliste	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge fødes 7,5 % av nyfødte barn prematurt (Norsk Helseinformatikk, 2019). Premature barn har økt forekomst av sykdom og dødelighet. Foreldrene vil derfor naturligvis oppleve stress og bekymring for barnet sitt (Sandtrø, 2009). Sykepleie til foreldrene er dermed en viktig, spennende og utfordrende sykepleieroppgave.

Det har vært utført en rekke ulike forskningsstudier på foreldres opplevelse av å få et prematurt barn innlagt på nyfødt intensiv avdeling. Noe av det som kommer frem, er hvor stor påvirkning sykehusmiljøet har på foreldrenes stress- og mestringsopplevelse, og hvordan sykepleierens kompetanse spiller en vesentlig rolle i møte med dem. Kommunikasjon og informasjon om det premature barnet, om omsorgsfull og veiledende sykepleie, blir trukket frem som viktige sykepleieintervensjoner. Av egen klinisk erfaring vet vi at sykepleieren kan ha stor innvirkning på foreldrenes opplevelse og følelse av kontroll og mestring, i møte med dem. Temaet for oppgaven er derfor hvordan sykepleieren kan bruke sin kompetanse om premature barn, omsorgsfull sykepleie og god kommunikasjon, til å fremme mestring og redusere stress, hos foreldrene.

1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleieren på en nyfødt intensivavdeling kan bruke sin kompetanse til å redusere stress og fremme mestring, hos foreldre som har fått et prematurt barn. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert:

Hvilken kompetanse bør sykepleieren ha om sykehusmiljø, om omsorgsfull sykepleie og god kommunikasjon, for å kunne bidra til å redusere stress og fremme mestring hos foreldre til premature barn, på en nyfødt intensivavdeling?

1.3 Avgrensning og kontekst

Vi har valgt å avgrense oppgaven til premature barn født etter uke 32, fordi faglitteratur beskriver at behandlingen av barn født *før* uke 32, i større grad dreier seg om livsnødvendige medisinske intervensjoner. Det er derfor nærliggende å tro at sykepleieren må ha større fokus på barnet, og at det kan være utfordrende, om ikke umulig, å inkludere foreldrene, når behandlingen er livskritisk. Barn født etter uke 32 er mer modent for samspill med sine omgivelser, og vil derfor være mer relevant for oppgavens problemstilling (Sandtrø, 2009).

Sykepleieren er involvert fra første stund barnet blir født og har en sentral rolle i å tilrettelegge for gunstige forhold, slik at foreldrene kan mestre foreldrerollen. *Tilknytning* mellom foreldrene og den premature er en stor del av en slik prosess (Steinnes, 2009). Denne oppgaven vil ikke handle om selve tilknytningsprosessen, men om hvordan sykepleieren kan ivareta foreldrenes ulike psykiske og fysiske behov på en nyfødtingens avdeling.

1.4 Begrepsavklaring

Kompetanse er et begrep som brukes om de ønskede resultater av en helhetsorientert læringsprosess, som en person kan og vil bruke for å mestre en gitt situasjon. Kompetanse kan forstås som ferdigheter, holdninger og kunnskaper som anvendes på en hensiktsmessig måte, for eksempel innen kommunikasjon, veiledning og undervisning (Tveiten, 2016).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres teori om det premature barnet, om foreldres opplevelse av sykehusmiljøet, og innleggelsen på nyfødt intensivavdeling. I tillegg presenteres et utdrag av sykepleieteoriene om omsorg, stress og mestring fra Patricia Benner og Judith Wrubels bok "Omsorgens betydning i sygepleje" (2013). Til slutt presenteres teori om kommunikasjon, sykepleierens veiledende funksjon, samt relevante juridiske og etiske føringer, for denne oppgavens problemstilling.

2.1 Det premature barnet

Et barn betegnes som prematurt hvis fødselen skjer før uke 37 i svangerskapet (Grønseth & Markestad, 2017). Et barn som fødes prematurt, har ofte mange fysiologiske utfordringer som kan kreve behandling. Barna er mer utsatt for senskader og utviklingsforstyrrelser. Barnets utvikling er avhengig av et godt samspill med foreldrene, noe som kan være utfordrende når barnet fødes prematurt (Ravn, 2009). Vanlige problemer hos premature barn er blant annet utilstrekkelig ventilasjon, grunnet underutviklede lunger, og ustabil regulering av blodtrykk og temperatur (Haaland, 2009). Fellesnevneren for disse utfordringene er umodenhet, fordi barnet blir for tidlig revet bort fra sitt naturlige utviklingsmiljø, livmoren. Denne avbrytelsen påvirker barnets utvikling både sensorisk, motorisk og kognitivt (Ravn, 2009). Barnets reflekser er også umodne, noe som kan gi utslag på barnets evne til å die og regulere kroppstemperatur. Det premature barnet har ofte utfordringer med å uttrykke sine behov tydelig. Når barnet blir født for tidlig vil det nye miljøet, som ofte er en nyfødtintensiv avdeling, oppleves som sjokkartet og svært stressende for barnet. Barnet er ikke modent for å håndtere stimuliene som dette miljøet fører med seg. Spesielt kan støy påføre barnet stress, som resulterer i nedsatt oksygenmetning og svingende blodtrykk. For å hjelpe barnet på best mulig måte, kan sykepleieren veilede foreldrene (Sandtrø, 2009). Sykepleie til premature barn består i hovedsak av utviklingsstøtte. Utviklingsstøtte innebærer flere elementer, men et viktig aspekt er medisinsk overvåking og behandling (Steinnes, 2009). Det premature barnet trenger all den hjelp det kan få, både for å overleve og å leve i det nye miljøet.

2.2 Foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn innlagt på nyfødt intensivavdeling

Når et barn fødes prematurt, avbrytes den normale følelsesmessige forberedelsen til foreldrerollen. Dette kan skape mye spenning, frustrasjon og hjelpeløshet, og kan utløse et høyt stressnivå hos foreldrene (Sjøberg, 2017). Foreldre til premature barn får en annen og uforutsigbar start på barseltiden, sammenlignet med foreldre til fullbårne barn. De befinner seg i en sårbar fase og har behov for emosjonell støtte og veiledning fra sykepleieren (Heyn, 2018). Foreldrene vil i mange tilfeller ha behov for individuell oppfølging, da mødrenes oppfatninger og behov kan være forskjellig fra fedrenes. Det vil også være forskjeller i hvordan hvert enkelt foreldrepar fordeler oppgaver seg imellom (Tandberg, 2009). Når foreldrene må overlevere ansvaret sitt som primære omsorgsgivere for sitt nyfødte barn til sykepleieren, kan dette forsterke følelsen av maktesløshet. Foreldrenes angst- og stressopplevelse knyttet til barnets tilstand vil øke jo mer ustabil tilstanden er. Foreldrene vil derfor ha et stort behov for at sykepleieren tar initiativ til å etablere en relasjon mellom dem og seg (Sjøberg, 2017).

Miljøet på en nyfødt intensivavdeling vil ofte oppleves som skremmende for foreldrene. Miljøet vil i tillegg kunne påvirke foreldrenes sjokk og engstelse, ytterligere (Sjøberg, 2017). En tradisjonell nyfødt intensivavdeling er bygget opp med felles-stuer hvor kuvøsene er plassert i samme rom. Foreldrene kan her tilbringe tid med den premature, stort sett gjennom hele dagen, men kan ikke overnatte. Familierom er et nyere konsept, som i enkelte studier har vist seg å være gunstigere for foreldrene og den nyfødtes velbefinnende (Tandberg, Flacking, Markestad, Grundt, & Moen, 2019). Her får familien bo og være sammen med barnet sitt døgnet rundt. Rommet er adskilt fra andre rom, og foreldrene blir mer delaktig i pleien til sitt barn. Faglitteraturen legger også vekt på at miljøtilpasninger bør gjøres for å fremme helse, både hos foreldrene og det premature barnet (Sandtrø, 2009).

2.3 Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel (2013) har et holistisk og en hermeneutisk tilnærming til mennesket i sine teorier. Kropp, sjel og situasjon kan ikke forstås separat, men som en helhet, i sammenheng med hverandre. Mennesket er et komplekst vesen der alt rundt oss og i oss, henger nøye sammen. Ved en hermeneutisk tilnærming av mennesket, synliggjøres essensen av å forholde seg til menneskets egen opplevelse og tolkning, av for eksempel egen helse og sykdom (Benner & Wrubel, 2013). Som sykepleier er det viktig å forstå forskjeller og sammenhenger på helse, sykdom og lidelse. Dette kan bidra til at sykepleieren kommer tettere inn på pasientens liv. Sykepleieren vil dermed kunne kartlegge dypere hva som er viktig for pasienten å få hjelp med. Dette kan være å finne mening i en sykdom, eller i en vanskelig situasjon, som foreldrene til premature barn befinner seg i. Å forstå betydningen av sykdom og helse hos den enkelte pasient, kan være gunstig for videre behandling og helbredelse av det (Benner & Wrubel, 2013).

Sykepleieryrket blir ofte kalt vitenskapen om omsorg. *Omsorg* er fundamentalt for sykepleiepraksisen (Benner & Wrubel, 2013). Evnen til å vise omsorg, kjennetegner menneskets måte å forholde seg til sine omgivelser på. Omsorg skaper grunnlaget for muligheten til å yte hjelp, og å motta hjelp. Benner og Wrubel (2013) forklarer at omsorg betegner alt som betyr noe for mennesker, og kan innebære et bredt spekter av relasjoner. Omsorg er helt primært i alt som befinner seg i det menneskelige liv, og blir forstått som at mennesker, begivenheter, prosjekter og ting betyr noe for mennesket. Det å bety noe for noen eller noe, vil forene våre tanker, følelser og handlinger. Uten omsorg ville vi ikke engasjert oss, eller brydd oss om noen.

Videre forklarer Benner og Wrubel (2013) at omsorg er situasjonsbasert, og alltid vil forstås i den konteksten sykepleieren og pasienten står i. I det menes at dersom situasjonen krever teknisk dyktighet, vil presise og tydelige tekniske handlinger oppleves som omsorg. Dersom situasjonen krever mellommenneskelig relasjon, vil uttrykksfulle handlinger og kommunikasjon, oppleves som omsorg. Opplevelsen av hva som er god omsorg vil derfor være individuell og situasjonsbasert.

Benner og Wrubel (2013) knytter omsorgsbegrepet opp mot stress og mestring, og sier at omsorg er kilden til menneskets opplevelse av stress og mestring. *Stress* defineres som forstyrrelser i forståelse og mening av normal funksjon. Man føler på stress når noe som er

betydningsfullt for oss blir truet, og derfor ikke oppleves som meningsfullt. Stress kan deles inn i tre kategorier: *Stress som stimulus*, *stress som respons* og *stress som en transaksjon*. I denne oppgaven vil stress som respons være mest aktuell å belyse. *Stress som respons* eller en reaksjon på en hendelse handler om at mennesket blir utsatt for stadige endringer i tilværelsen sin, som det er nødt å forholde seg til og tilpasse seg. Dette må ikke nødvendigvis være av negativ betydning, men som oftest vil det være forbundet med det. En kaotisk tilværelse eller sykdom kan utløse negativt stress hos mennesket.

Benner og Wrubel (2013) forklarer at mestring ikke nødvendigvis er en motgift til stress, men at begrepene ofte brukes i sammenheng med hverandre. *Mestring* kan innebære at man individuelt søker informasjon som er relevant i den gitte situasjon. På den måten vil den som søker informasjon prøve å endre på måten en tenker på, og forhåpentligvis få det bedre i den situasjonen som oppleves som stressfylt. Mestring vil handle om hvordan enkeltmennesket håndterer disse forstyrrelsene i tilværelsen sin.

2.4 Personsentrert kommunikasjon og familiebasert omsorg

Kommunikasjon stammer fra det latinske ordet, *communis*, som betyr å ha noe felles (Eide & Eide, 2018). Kommunikasjon er en vedvarende og dynamisk prosess, som handler om hvordan en selv påvirker og blir påvirket av andre (Hummelvoll, 2016).

Eide og Eide (2018) påpeker at god profesjonell kommunikasjon er faglig fundert og personsentrert. Kommunikasjon er en av sykepleierens viktigste verktøy (Eide & Eide, 2018). Personsentrert kommunikasjon innebærer at sykepleieren oppriktig ser den hun kommuniserer med som en hel person; med ressurser og muligheter, og med individuelle ønsker og behov når det gjelder sin egen helse og livssituasjon. Personsentrert kommunikasjon har mange aspekter, men det sentrale er å forstå hva som er viktig for den enkelte person, i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2018).

Teorien om familiebasert omsorg handler om å gjøre foreldrene delaktige i behandlingen som gis til barnet. Familiebasert omsorg handler også om å sikre at omsorg gis til *alle* i familien (Heyn, 2018). Prinsippene i personsentrert kommunikasjon, kan være et godt utgangspunkt for utøvelse av familiebasert omsorg. De viktigste prinsippene og verdiene i familiebasert omsorg er gjensidig respekt, samarbeid, informasjonsdeling, deltakelse og støtte (Søjberg, 2017). Sykepleierens kunnskap om hvordan det oppleves å være foreldre under de teknologiske og tidvis kaotiske forholdene på nyfødtintensiven, kan bidra til bedre omsorg for foreldrene (Heyn, 2018).

2.5 Kommunikasjon i en krise

Når foreldrene opplever at deres premature barn må legges inn på intensivavdeling, kan situasjonen oppleves som en krise. De spontane reaksjonene som oppstår i en krise er i første omgang styrt av følelser, og våre kognitive evner, som å tenke rasjonelt, kommer i annen rekke (Eide & Eide, 2018). Å skulle mestre en kaotisk tid, som foreldrene til premature på nyfødt intensivavdeling opplever, innebærer å forholde seg til negative følelser.

Sykepleieren kan bidra til å vekke positive følelser som kan gi foreldrene mestringfølelse. Dette kan for eksempel være oppmuntrende ord, et smil eller tryggende berøring (Eide & Eide, 2018). Det er viktig at foreldrenes følelser knyttet til krisesituasjonen blir hørt og anerkjent (Hummelvoll, 2016). Aktiv lytting for å skape forståelse for hverandres perspektiver bør ligge til grunn i kommunikasjonen (Heyn, 2018).

Tillit er vesentlig i all kommunikasjon, og særlig til personer som er sårbare eller i en krise (Heyn, 2018). Tillit blir beskrevet som en betydningsfull faktor for å oppnå en god relasjon mellom sykepleieren og foreldrene. Å vise tillit til foreldrene kan være å be dem om å fortelle sin historie, og dele følelser de har rundt det å ha barnet sitt innlagt på sykehuset. En annen måte er å dele åpen og ærlig informasjon, og etterspørre kunnskaper foreldrene har (Heyn, 2018). Denne tilnærmingen anerkjenner foreldrene som sentrale omsorgspersoner for barnet sitt.

Kommunikasjon er også et symbolsk samspill. Dette innebærer at en stor del av kommunikasjonen mellom mennesker skjer via kroppsspråket vårt (Hummelvoll, 2016). Når foreldre får et prematurt barn innlagt på nyfødt intensivavdeling, vil det være ekstra viktig for sykepleieren å være oppmerksom på dette (Heyn, 2018). Det å sette ord på vonde følelser kan være vanskelig. I stedet kommer ofte dette til uttrykk non-verbalt, som gråt eller kroppslig avvisning. For å undersøke hva behovet er i en gitt situasjon, kan sykepleieren påpeke det åpenbare som at “jeg ser du er lei deg” eller “nå ser jeg at du er redd”. Da vil det være opp til foreldrene å avgjøre hva og hvor mye de vil dele. Å utforske foreldrenes perspektiv omfatter å tolke ulike uttrykk og signaler. Det kan være vanskelig å vite hvordan sykepleieren skal gå frem, men en måte er å stille direkte spørsmål: “Hva tenker du på?”, ”hvordan har du det?” eller “er det noe spesielt du er bekymret for?” (Heyn, 2018).

2.6 Sykepleierens veiledende funksjon

Veiledning er en sykepleiefunksjon som omfatter læring, utvikling og mestring hos pasient eller pårørende (Grimsbø, Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2016). All form for sykepleie-veiledning og -undervisning innebærer å kommunisere, og har alltid et helsefremmende formål. I denne oppgaven vil det helsefremmende formålet være å redusere stress og fremme mestring. Tveiten (2016) utdyper at veiledning også innebærer å informere, instruere og å gi råd. Sykepleieren har kunnskaper som pasienten og pårørende trenger for å kunne mestre egen situasjon og eget liv, på best mulig måte. Empowermentbegrepet brukes ofte i sammenheng med en form for mestringsstrategi. Å fremme empowerment vil øke foreldrenes kapasitet til å ta selvstendige valg, og til at valgene overføres til ønskede handlinger og resultater. Dette innebærer at foreldrene ikke er *mottakere*, men *deltakere*. Deltakelse er avgjørende for å oppleve mestring (Tveiten, 2016).

2.7 Juridiske og etiske føringer

2.7.1 Lovverk

Formålet med rettslig regulering av helsetjenestens og helsepersonellens virksomhet er å «forebygge faren for skader, prioritere og fordele helsetjenester, sikre pasientdeltagelse og være et system for å løse konflikter» (Molven, 2017). Reglene balanserer ulike verdier og hensyn som til dels kan stå i motsetning til hverandre, herunder også ved å bestemme hvilke som skal ha forrang. Reglene kan sees på som et uttrykk for å etablere en bestemt og/eller et minimum av samfunnsetikk (Molven, 2017).

Barns særlige rettigheter er nedfelt i kapittel 6 i Pasient- og brukerrettighetsloven. For det premature barnet er særlig § 6-2 aktuell:

Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvar under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Når pasienten er under 16 år vil det være mor og far, eller andre med foreldreansvar, som har krav på informasjon og deltakelse i barnets pleie og behandling. Det premature barnet har ikke samtykkekompetanse og følgende lovverk vil derfor gjelder foreldrene i pasientens sted.

Pasientens rett til å få informasjon omtales i Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-2, første ledd:

«Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Hensikten med en lovfestet rett til å få informasjon er at foreldrene skal kunne vite hva som er førende, på kort og på lang sikt, for å kunne planlegge livet sitt (Molven, 2017). Plikten til å sørge for at informasjonen er forstått, omtales i § 3-5, annet ledd:

«Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Foreldrenes rett til medvirkning er nedfelt i § 3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven, første ledd:

«Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I FNs konvensjon om barns rettigheter slås det fast at konvensjonen skal bidra til

«Å utvikle forebyggende helseomsorg, foreldreveiledning, og undervisning og tjenester innen familieplanlegging» (Molven, 2015). FNs bestemmelser viser at sykepleieren har et særlig ansvar for å veilede og støtte foreldrene.

Å utøve omsorgsfull sykepleie er lovfestet i Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers» (Helsepersonelloven, 1999).

Rett på pleiepenger er nedfelt i Folketrygdloven § 9-15 (Folketrygdloven, 1997). Den er også omtalt i Helsedirektoratets retningslinjer for nyfødt intensivavdelinger (2019).

2.7.2 Etikk

Etiske prinsipper er ingen selvstendig teori, men viktige prinsipper sykepleieren bør ha som rammeverk i sin yrkesutøvelse. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utformes av Norsk Sykepleierforbund, og er ment å fremheve verdier i sykepleien, samt konkretisere god praksis i møte med pasienter og pårørende (Sneltvedt, 2016). Fra de yrkesetiske retningslinjene er punkter i kapittel 2 og 3 aktuelle å trekke frem (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kapittel 2 omhandler sykepleierens møte med pasienten, mens kapittel 3 omhandler pårørende. Kapittel 2 er aktuell for denne oppgaven fordi det premature barnet ikke er samtykkekompetent. Da vil det være foreldrene som har rett til å medvirke på vegne av barnet. Samtidig omhandler oppgaven sykepleie til *foreldrene*, altså er de både pasient og pårørende i dette henseende.

Fra kapittel 2 kan punkt 2.2, 2.3, 2.5 og 2.9 trekkes frem:

- 2.2 *Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.*
 - 2.3 *Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.*
 - 2.5 *Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.*
 - 2.9 *Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling.*
- (Norsk Sykepleierforbund, 2019)

Fra kapittel 3 er punkt 3.1 relevant:

«Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

3 Metode

I dette kapittelet presenteres valg av metode og forskningslitteratur, søkehistorikk, kildekritikk og til slutt etiske vurderinger.

3.1 Valg av metode

Metode defineres av Rienecker og Jørgensen (2013) som en systematisk fremgangsmåte, hvor leseren får mulighet til å følge undersøkelsen, og deretter nå frem til samme resultat på det grunnlaget som er beskrevet. I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Denne metoden kjennetegnes ved at man henter inn data fra eksisterende faglitteratur og forskning, for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017). Vi søkte først og fremst etter kvalitative studier, da utdypende beskrivelser av foreldrenes erfaringer og følelser vil belyse problemstillingen best. Vi har likevel benyttet oss av to kvantitative undersøkelser (Weis, Zoffmann, Greisen, & Egerod, 2013; Månsson, Sivberg, Selander, & Lundqvist, 2019) for å kunne drøfte disse funnene opp mot de kvalitative studiene.

3.2 Valg av fag- og forskningslitteratur og søkehistorikk

For å belyse oppgavens problemstilling har vi benyttet litteratur om det premature barnet, sykepleieteori, kommunikasjon, etikk, jus og psykiatri. I tillegg refereres det til lovverk, sykepleierens yrkesetiske retningslinjer og helsefaglige nettsider, som Norsk Helseinformatikk og Helsedirektoratets hjemmeside. Bøkene brukt i oppgaven er hentet fra tidligere pensum i andre emner, funnet via søk i skolebibliotekets database eller lånt fra kandidatens arbeidsplass. Bøkene som omfatter teorien om det premature barnet og nyfødtsykepleie er ikke en del av bachelorstudiets pensum. Vi valgte å inkludere Benner og Wrubels (2013) sykepleieteori da vi mener den kan øke sykepleierens forståelse av sammenhengen mellom omsorg, stress og mestring. Boka gir også et grunnlag for å bedre forstå og tilegne seg kunnskap om personsentrert kommunikasjon, og er dermed svært relevant for problemstillingen. Det må forøvrig tillegges at både skolens og andre øvrige bibliotek har vært stengt i perioden denne oppgaven har blitt skrevet, grunnet utbruddet av Covid-19. Dette har gjort arbeidet med å få tak i fysisk litteratur utfordrende, og oppgaven er skrevet med de forutsetninger dette innebærer.

Det ble søkt etter relevant forskning i databasene CINAHL, PubMed og Google Scholar. Alle artiklene benyttet i oppgaven er fagfellevurdert. Vi startet med brede søk i databasene for å kartlegge og endte opp med svært mange treff. Vi kartla spesifikke nøkkelord som ble brukt i

artikler om emnene vi var interessert i, og fikk på den måten spisset søkene ved å bruke søkeord som “person-centred communication”, “parental stress”, “parents experiences” og “neonatal intensive care unit”. Vi avgrenset søkene til årene 2009-2019, engelsk språk og fagfelleverdert for alle søk, samt geografisk tilhørighet tilsvarende Norge for å finne forskning på familierom, for å sikre relevans. Detaljert søkehistorikk for 4 av 5 artikler kan sees i tabellen nederst på siden. Den siste artikkelen av Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piaw, & Al Kawafha (2016) ble funnet i referanselisten til Heyn (2018). Vi ønsket å finne en systematisk gjennomgangsartikkel om foreldrenes erfaringer på en nyfødt intensivavdeling, da denne metoden kan fungere som et godt verktøy i arbeidet med å finne gjentagende kvalitative funn. Vi endte med å bruke Al Maghaireh et al. (2016) da den oppfylte alle våre inklusjonskriterier, og i tillegg ga dyp innsikt i hvordan psykososialt stress påvirket foreldrene. For å velge ut resterende artikler leste vi først gjennom tittel, årstall og abstrakt på interessante funn, før overførbarhet ble vurdert. Vi har valgt artikler fra de siste 10 år, da vi ønsket å finne ny og oppdatert kunnskap. For å oppnå større reliabilitet i oppgaven har vi også benyttet kvantitative forskningsartikler i oppgaven. Kvantitative metode vil i motsetning til kvalitativ metode, forsøke å finne effekt av et fenomen og hensikten er å forsøke å generalisere for en større helhet (Dalland, 2017). Selv om de kvalitative studiene bedre belyser vår problemstilling, vil de kvantitative studiene utfylle disse. Kvantitative studier forsøker å finne effekt og en felles oppfatning av betydningen av et spesifikt sykepleietiltak. For denne oppgaven innebar det effekt av personsentrert kommunikasjon i praksis på en nyfødt intensivavdeling.

Nr.:	Søkeord:	Database:	Avgrensninger:	Ant. treff:	Valgt artikkel:
1	«Person centred communication» AND «parental stress»	CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Engelsk • Fagfelleverdert 	2	«The effect of person-centred communication on parental stress in a NICU: A randomized clinical trial» (Weis et. al, 2013)
2	“Parents experiences” + “coping” + “neonatal intensive care unit”	Google Scholar	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Engelsk språk • Fagfelleverdert 	19	“Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents’ coping experiences in a neonatal intensive care unit” (Hagen et. al, 2016)
3	«Person centred communication» AND «parental stress»	CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Engelsk • Fagfelleverdert 	2	«The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study” (Månsson et. al, 2019)
4	«Parents” AND “single family room” AND “open bay”	PubMed	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Engelsk • Fagfelleverdert • Kun Norden 	9	“Parent psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit” (Tandberg et. al, 2019)

3.3 Kildekritikk

Det er benyttet både primær- og sekundærkilder, selv om primærkildene har vært foretrukket. Arbeidet med å få tak i primærlitteratur har derimot vært vanskelig, da skolens og alle øvrige bibliotek har vært stengt grunnet Covid-19 i perioden denne oppgaven har blitt skrevet. Sekundærkilder er vurdert til å være troverdige basert på at stoffet er bekreftet i flere kilder. Covid-19 har også skapt utfordringer med tanke på veiledning fra lærer.

Bøkene som er benyttet i teoridelen om det premature barnet er over ti år gamle. Det kan se ut til at miljøet for nyfødtsykepleie i Norge er lite, da mange av de samme forfatterne er fremtredende i ulike bøker. Dette kan tyde på at grunnprinsippene i nyfødtsorgen ikke har endret seg slik at behovet for ny litteratur har meldt seg, og vi anser dermed bøkene som relevante å bruke. Bente S. Tandberg er en av forfatterne som utmerker seg i litteraturen, og vi har også valgt å inkludere forskning gjort av henne. Dette kan være en svakhet, da synspunktene kan være like og det kan hindre nødvendig diskusjon. Annen forskning som vi har gjennomgått, men ikke inkludert på området, viser derimot samme resultater. Vi har derfor valgt å inkludere Tandbergs artikkel, da den er utført på en nyfødt intensivavdeling i Norge og overførbarheten er høy.

Benner og Wrubels bok om sykepleieteori (2013) er benyttet og vurderes som en troverdig primærkilde selv om den er oversatt fra engelsk til dansk. Etersom boken er skrevet på dansk, er det viktig å påpeke at vår oversettelse av utdraget kan ha medført misforståelser.

Artiklene som er benyttet i oppgaven er vurdert med tanke på relevans i det norske helsevesenet, samfunn og kultur. Alle studiene er gjennomført på nyfødt intensivavdelinger i Norge, Sverige og Danmark, med unntak av den systematiske gjennomgangsartikkelen av Al Maghaireh et al. (2016). Vi anser likevel artikkelen som overførbar, da den kun har gjennomgått studier fra vestlige land.

3.4 Etisk vurdering

Forskning som involverer mennesker har et krav til etiske overveielser for å sikre en ivaretagelse av personvernet, og beskytte de mot skade eller unødvendig belastning (Dalland, 2017). Alle enkeltstudiene i denne oppgaven har blitt godkjent av en etisk komité, mens alle studiene i Al Maghaireh et al. (2016) er etisk vurdert av forfatterne før de ble inkludert i artikkelen. Alle artiklene brukt i oppgaven oppgir at studiens deltakere har levert skriftlig samtykke til deltakelse og datainnsamling, og ingen forfattere oppgir interessekonflikter i sine respektive studier.

Vi har gjennom oppgaven fulgt LDHs retningslinjer for korrekt referering (Lovisenberg diakonale høgskole, 2020). Dette er viktig ettersom oppgaven er en litteraturstudie, hvor det primært blir brukt eksisterende fag og forskningslitteratur (Dalland, 2017).

4 Presentasjon av forskningsartikler

Under følger en oversikt over forskningsartikler som er brukt i oppgaven, i kronologisk rekkefølge etter årstall.

	Forfatter:	Tittel:	Tidsskrift:	Hensikt:	Metode:	Funn:
1	Weis, J.; Zoffmann, V.; Greisen, G.; Egerod, I. (2013)	The effect of person-centred communication on parents stress in a NICU: a randomized clinical trial	<i>Acta Pædiatrica</i>	Undersøke effekten av et veiledningsprogram innenfor familiebasert omsorg, utviklet av hovedforfatteren, på foreldre med barn på nyfødt intensiv.	Kvantitativ metode/RCT. Studien inkluderte 134 foreldre med barn født før uke 34. De ble tilfeldig plassert i en gruppe for standard omsorg eller en intervensjonsgruppe. Intervensjonsgruppen ble tilbudt planlagte samtaler mellom sykepleier og foreldre, semi-strukturerte refleksjonsnotater og personsentrert kommunikasjon. Stressnivå ble målt ved bruk av Nurse Parent Support Tool og Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit.	Studien fant ikke signifikante forskjeller i foreldrenes stressnivå i de to gruppene etter veiledningen. Den slår allikevel fast at foreldre opplever stresspåkjenning og at mødre rammes hardere enn fedre.
2	Al Maghaireh, D.; Abdullah, K. L.; Chan, C. M.; Piaw, C. Y.; Al Kawafha, M. M. (2016)	Systematic review of qualitative studies exploring parents experiences in the Neonatal Intensive Care Unit	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	For å bestemme gjennomførbarheten og nytten av en tematisk analyseapproach, til å konkretisere kvalitative data om foreldreopplevelser på nyfødt intensivavdeling.	Systematisk gjennomgangsar tikkel (systematic review). 80 kvalitative studier ble vurdert og 9 studier ble inkludert i denne artikkelen.	Vanlige temaer som var gjennomgående i de 9 studiene på tvers av foreldrenes opplevelser, var stresset ved sykehusinnleggelse, endring i foreldrerollen og psykologisk innvirkning på den nyfødtes sykehusinnleggelse.

3	Hagen, I.H., Iversen, V.C. & Svindseth, M.F. (2016)	Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit	<i>BMC Pediatrics</i>	Utforske og beskrive foreldres, og sammenligne mødre og fedres, opplevelse av å takle sitt barns innleggelse på nyfødt intensiv.	Kvalitativ metode. Dybdeintervjuer med 8 mødre og 8 fedre.	Studien fant at foreldre som hadde hatt et prematurt barn eller vanskelig fødsel tidligere, taklet innleggelsen på nyfødt intensiv dårligere enn foreldre uten erfaring. Foreldrene følte mestring når de ble inkludert og hørt av sykepleieren. Hovedforskjellene på mor og far var at fedrene fokuserte på å være den sterke, følte seg fremmed i situasjonen og skjulte egne behov for å fremstå sterk.
4	Månsson, C.; Sivberg, B.; Selander, B.; Lundqvist, P. (2019)	The impact of an individualized neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Evaluere hvordan det å følge et individuelt tilpasset støtteprogram for foreldre til premature påvirket foreldrenes opplevelse av stress	Kvantitativ studie (quasi-experimental design). Foreldrene til premature barn født før uke 37 ble delt inn tilfeldig i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk tilbud om 4 individuelle samtaler med sykepleier med fokus på personsentrert omsorg. Stressnivå ble målt ved bruk av den svenske versjonen av Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit.	Forskerne fant ingen signifikant forskjell mellom deltakerne i de to gruppene. Det ble allikevel avdekket at mødrene i kontrollgruppen var mer stresset på noen områder enn mødrene i intervensjonsgruppen: Andre syke babyer i rommet, babyens unormale/uvanlige pustemønstre, å ikke kunne holde babyen sin, å glemme hvordan babyen ser ut, å være redd for å ta på eller holde babyen og å føle at personalet er viktigere for barnet. Resultatene avdekket også signifikant mer stress hos mødrene enn hos fedrene i kontrollgruppen. Studien fant at intervensjonen reduserte stress for foreldrene på flere enkeltområder, men kunne ikke konkludere med at intervensjonen samlet hadde redusert opplevelsen av stress.

5	Tandberg, B. S.; Flacking, R.; Markestad, T.; Grundt, H.; Moen, Atle (2019)	Parent psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit	<i>PLOS One</i>	Sammenligne hvordan stressrelaterte tilfeller av depresjon, angst og tilknytningsutfordringer utartet seg blant foreldre til svært premature nyfødte som mottok behandling i private familierom kontra stue med flere pasientsenger.	Prospective survey design.	Foreldrene var tilstede 21 t/døgn i familierommet, kontra 7 t/døgn i fellesstuen. 93 % av fedrene på familierommene var tilstede mer enn 12 t/døgn den første uka. Mødrene i familierommene hadde signifikant lavere score på depresjonssymptomer sammenlignet med mødrene i fellesstuen fra fødsel til barnet var 4 måneder, samt at 14 % av mødrene på familierommene kontra 52 % av mødrene på fellesstuen ble scoret til å ha høy risiko for å utvikle depresjon senere. Både mødre og fedre i familierommene rapporterte lavere stressnivå under sykehusoppholdet. Det var ingen forskjeller i foreldregruppene på områdene angst, stress og tilknytning etter hjemreise.
---	---	--	-----------------	--	----------------------------	--

5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres relevante resultater fra forskningsartiklene sett i lys av faglitteraturen som er benyttet i teoridelen, for å besvare problemstillingen:

Hvilken kompetanse bør sykepleieren ha om sykehusmiljø, om omsorgsfull sykepleie og god kommunikasjon, for å kunne bidra til å redusere stress og fremme mestring hos foreldre til premature barn, på en nyfødt intensivavdeling?

5.1 Sykehusmiljøets påvirkning på foreldrenes stress og mestringsopplevelse

På en travel nyfødt intensivavdeling med daglig drama kan det å skape et rolig og godt trivselsmiljø være en reell utfordring (Tandberg, 2009). Flere studier peker også på at dette momentet er en av de største stressfaktorene for foreldrene (Al Maghaireh et al., 2016). Den samme systematiske gjennomgangsartikkelen fant at foreldrene oppfattet det høyteknologiske miljøet på avdelingen som overveldende, mens Månsson et al. (2019) fant at mødrene i studien ble stresset av å måtte forholde seg til andre syke babyer i rommet, samtidig med sin egen. Miljøet på nyfødt intensiv kan derfor tenkes å ha stor påvirkningskraft på foreldrenes opplevelse av det å få et prematurt barn. En studie gjengitt i Al Maghaireh et al., 2016 fant derimot at noen foreldre følte miljøet i avdelingen var inkluderende, rolig og at de trivdes sammen med personalet og de andre foreldrene. Bakgrunnen for dette var at de satte pris på å være mye sammen med barnet sitt, samt at dialogen med personalet var god. Et foreldrepar opplyste også at de følte seg mindre stresset sammen med personalet og de andre foreldrene. Disse funnene indikerer at miljøet på nyfødt intensiv kan oppleves forskjellig, noe sykepleieren bør være oppmerksom på.

Det er bred enighet i faglitteraturen at de ytre faktorene som støy, fysisk organisering og høyt tempo stresser foreldrene i stor grad (Sandtrø, 2009; Al Maghaireh et al. 2016; Sjøberg, 2017; Månsson et al., 2019). Samtidig viser funnene i forskningen at mange foreldre føler seg tryggere og mer avslappet, sammen med personale og andre foreldre. Tandberg (2009) understreker også viktigheten av at foreldre har muligheten til å lære av og hente støtte fra hverandre. Slik sett kan miljøet på nyfødt intensiv sees på som positivt. Mennesker i krise håndterer følelser og påkjenninger ulikt, men det er allikevel grunn til å tro at foreldre til premature barn vil føle på noen av de samme følelsene (Håkonsen, 2018). Sykepleieren innehar også annenhånds erfaringer med og forståelse for disse følelsene. Foreldrene får

dermed et trygt og faglig kompetent miljø rundt seg, hvor deres følelser og opplevelser blir anerkjent og sett. Hummelvoll (2016) understreker dette som viktig for foreldrenes mestringsfølelse. Slik sett kan man argumentere for at miljøet på nyfødt intensiv kan fungere som en ramme som vil fremme mestring hos foreldrene.

Funnene i Al Maghaireh et al. (2016) tilsier også at foreldrene er mindre stresset når de får tilbringe så mye tid som mulig med barnet sitt. Tradisjonelt sett har fokuset på nyfødt intensivavdelingene på sykehus vært preget av en akuttmedisinsk og diagnostisk tilnærming (Sandtrø, 2009). Ravn (2009) påpeker at det fysiske miljøet på avdelingen har vært tilrettelagt for dette, og at oppbygningen av avdelingen ikke nødvendigvis ivaretar forebyggende funksjoner og psykisk helse. Det fysiske miljøet kjennetegnes av mye lys og støy, mange mennesker og stor aktivitet. Et slikt miljø er ikke helsefremmende for barnet, da det kan forverre den medisinske tilstanden og dermed forlenge sykehusoppholdet (Ravn, 2009). En kan derfor hevde at foreldrene blir utsatt for stress bare ved å være tilstede hos barnet sitt og at sykepleieren bør fokusere spesielt på å skjerme foreldrene fra dette.

Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene gjennom hele sykehusoppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2, 1999). Avdelingens fysiske oppbygning kan derimot gjøre dette vanskelig å ivareta. Helsedirektoratet (2019) kommer med en sterk anbefaling om at alle nyfødt intensivavdelinger bør innredes slik at foreldrene kan være mest mulig sammen med barnet sitt. Dette er dessverre ikke tilfellet hos alle landets avdelinger enda, blant annet ved Oslo universitetssykehus, som har ansvar for å behandle 54 % av alle nyfødte i Norge (Oslo universitetssykehus, u.å.).

Tandberg, Flacking, Markestad, Grundt, & Moen (2019) har undersøkt hvordan det påvirket foreldrenes psykiske helse å ha sitt barn innlagt i en fellesstue på nyfødt intensiv, sammenlignet med at foreldrene fikk tilbringe hele døgnet sammen med barnet på et familierom. Familierommet inneholdt fasiliteter som eget bad og seng til foreldrene, og barnets kuvøse og eventuelt medisinsk utstyr var plassert ved siden av. Sykepleierne kunne overvåke barnet på en skjerm utenfor rommet og var dermed tilgjengelig hele døgnet. Om natta kunne en skillevegg brukes til å dele rommet inn i to soner, slik at foreldrene kunne sove og sykepleier observere barnet uten å forstyrre. Et familierom sikrer dermed både mer privatliv og et roligere miljø for både foreldre og barn. Forskerne fant at foreldrene i familierom var tilstede i gjennomsnitt 20 timer per døgn, mens foreldrene med barn på fellesstuen var tilstede gjennomsnittlige 4 timer per døgn. Foreldrene i familierom scoret

lavere på depresjon, samt rapporterte mindre stress relatert til miljøet i avdelingen, barnets tilstand og endret foreldrerolle (Tandberg et al., 2019). Funnene er interessante og tyder på at familierom kan være helsefremmende for både foreldre og det premature barnet både kortsiktig og langsiktig. En av studiene gjennomgått i (Al Maghaireh et al., 2016) fant at amming var et stort stressmoment for mødre. En kan tenke seg at amming oppleves privat og at mødre kan føle behov for å skjermes i denne settingen. I en slik setting bør sykepleieren gjøre dette for å ivareta verdighet og integritet hos foreldrene, som er et viktig prinsipp i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.9 (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Det fysiske miljøet i avdelingen er dessverre ikke en ting sykepleieren egenhendig kan påvirke. Det er allikevel viktig at sykepleieren har kunnskap om det ytre miljøets påvirkning på foreldrenes stressopplevelse, for å kunne skjerme foreldrene og barnet fra skadelig stimuli, samt skape et trygt og stabilt miljø i en uforutsigbar situasjon. Dette vil være hensiktsmessig både for fysisk og psykisk velvære for både foreldre og barn.

5.2 Behovet for informasjon og god kommunikasjon

For å kunne redusere negativt stress som følge av krisen foreldrene er i, bør sykepleieren gi fortløpende informasjon under hele oppholdet (Grønseth & Markestad, 2017). Informasjonen bør være ærlig og direkte. Sjøberg (2017) støtter denne tanken om ærlig og kontinuerlig informasjonsdeling, og sier samtidig at informasjonen gir foreldrene kunnskapen de trenger for å kunne medvirke i beslutninger om pleien og behandlingen av barnet sitt. I praksis vil fortløpende informasjonsformidling rundt det premature barnets tilstand og behandling føre til at foreldrenes opplevelse av mestring styrkes. Sykepleier bør være spesielt oppmerksom på at foreldre som er i en krise, vil ha redusert evne til å oppfatte det som blir sagt (Heyn, 2018). Heyn (2018) understreker at sykepleier da kan gjenta informasjonen, forklare med enkle ord, dele ut brosjyremateriell og spørre om de har spørsmål.

Videre sier Grønseth og Markestad (2017) at ærlig og direkte informasjon kan bidra til å gi foreldrene økt kontroll og fremme mestring. Motsatt vil mangelfull, sprikende eller uforståelig informasjon, oppleves som belastende (Heyn, 2018). Grønseth og Markestad (2017) påpeker allikevel at sykepleieren bør være oppmerksom på at en direkte stil kan virke overveldende og skremmende for enkelte. Hummelvoll (2016) peker på at dersom mennesker er forberedt på stressopplevelsen som vil komme, kan man redusere de negative følelsene som situasjonen kan gi. Ærlig informasjon kan dermed være hensiktsmessig. Både Al Maghaireh et al. (2016) og Månsson et al. (2019) bekrefter dette og viser til at informasjon i forkant til foreldre som har risiko for å føde prematurt, var vesentlig stressreducerende og dermed styrket foreldrene i foreldrerollen.

Ifølge Pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) er det sykepleieren sin plikt å gi god og tilpasset informasjon til foreldrene og samtidig sørge for at informasjonen er forstått. Dette er også presisert i punkt 2.5 og 3.1 i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Foreldre bør, så tidlig som mulig i oppholdet, få praktisk informasjon, informasjon om stell av barnet og hvilke rettigheter de har som foreldre (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldre har, for eksempel, rett på pleiepenge (Folketrygdloven § 9-15, 1997). Grønseth og Markestad (2017) slår fast at foreldre bør få hjelp til å løse praktiske problemer, da dette kan redusere stress.

Grønseth og Markestad (2017) sier at informasjon rundt den prematurens tilstand og behandling er viktig både under oppholdet og når familien skal skrives ut fra sykehuset.

Forskning viser at dersom foreldre opplever mye negativt stress, kan de utvikle dårlige vaner. I Al Maghaireh et al. (2016) fant enkelte studier at foreldrene ble besatt av å se etter sykdomstegn og andre symptomer hos den premature. Al Maghaireh et al. (2016) påpeker at god forståelse for sykdommen, behandlingen og veien videre hjemme, bidrar til å redusere stress og bedre foreldrenes mestring, også når barnets prognose er dårlig. Den samme studien trekker frem at foreldrene var svært opptatt av å vite hvordan babyen ville utvikle seg, også etter sykehusoppholdet. Dette understreker viktigheten av ærlig og direkte informasjon. Sjøberg (2017) sier at behovet for informasjon også er nært forbundet med behovet for normalitet. Relevant og effektiv informasjon til foreldrene kan dermed bidra til å redusere angst og stress, samtidig som foreldrenes mestring fremmes (Sjøberg, 2017). Sykepleieren kan fremme mestring hos foreldrene ved å hjelpe med planlegging på kort og lang sikt. Dette kan gjøres ved å avklare hva som er viktig nå, og gi informasjon om for eksempel oppfølging på helsestasjon etter hjemreise (Eide & Eide, 2018)

Ifølge Heyn (2018) kan et godt utgangspunkt for å gi informasjon være å utforske foreldrenes individuelle meninger, ståsted og kunnskap. Eide og Eide (2018) sier at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste arbeidsverktøy, og god kommunikasjon bidrar til å styrke sykepleier-pasient forholdet. Det er godt dokumentert at svikt i informasjonsformidling og kommunikasjon, er en hyppig årsak til uønskede hendelser, og at det å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å heve kvalitet og styrke pasientsikkerheten (Lee mfl. 2012; Pauley & Pauley 2011, referert i Eide & Eide, (2018)). At sykepleieren tar utgangspunkt i hvordan *den enkelte* opplever informasjonsformidlingen, kan knyttes til Benner og Wrubels (2013) teorier om å se hver enkelt pasients behov. På denne måten vil sykepleieren kunne skape et godt grunnlag for en trygg og tillitsfull relasjon med foreldrene.

Grønseth og Markestad (2017) påpeker at kommunikasjon mellom helsepersonellet og foreldrene, ofte kan bli bedre ved bruk av blant annet tid og stillhet. Heyn (2018) fremhever at stillhet kan være et godt virkemiddel for å observere de viktige nonverbale signalene hos foreldrene. Mange foreldre kan synes det er vanskelig å snakke ut om det de har på hjertet, da de kanskje ikke finner ordene til å beskrive sine følelser. Kroppsspråket kan uttrykke ubehag og misnøye, som kan tyde på usikkerhet. Sjøberg (2017) forteller at det kan være gunstig å snakke mye med foreldrene og oppfordre de til å ta kontakt når de er usikre. Grønseth og Markestad (2017) støtter opp under dette, og påpeker viktigheten av at sykepleieren er åpen, tilgjengelig og tar mye kontakt. Disse holdningene hos sykepleieren kan redusere stress.

Motsatt kan foreldrene oppleve sykepleieren som lite omsorgsfull dersom feilinformasjon blir gitt, et fremmedgjørende teknisk og medisinsk språk brukes, eller sykepleieren unngår foreldrene og viser irritasjon når de stiller spørsmål (Grønseth & Markestad, 2017). I studien av Al Maghaireh et al. (2016) kom det også frem at foreldrene hadde opplevd økt stress relatert til dårlig eller ingen kommunikasjon med sykepleierne på nyfødt intensivavdeling. I tillegg fremgår det at sykepleieren har en nøkkelrolle i å hjelpe foreldrene i den stressende og sårbare tiden på sykehuset. Denne hjelpen kan bestå i å utvikle en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og foreldrene, hvor foreldrene får uttrykke sine følelser og bekymringer rundt situasjonen.

En samtale med sykepleieren hvor en avklarer hvilke forventninger foreldrene og sykepleieren har til hverandre tidlig av sykehusoppholdet, kan øke opplevelsen av kontroll, oversikt og mestring (Eide & Eide, 2018). Ifølge Heyn (2018) kan en slik samtale bidra til å lette kommunikasjonen og den generelle omsorgen for hele familien. Dette støttes av Grønseth og Markestad (2017). Samtalen gir foreldrene mulighet til å fortelle hvordan de opplever det å være foreldre på sykehuset, samtidig som sykepleieren kan informere om fagkunnskap og innsikt i avdelingens rutiner. En slik samtale gir også sykepleieren mulighet til å vise anerkjennelse for de behov foreldrene har, noe som vil styrke den terapeutiske relasjonen.

Månsson et al. (2019) fant i sin studie at foreldrene opplevde god kommunikasjon med sykepleieren som helt avgjørende for å komme seg gjennom den vanskelige tiden. Studien påpekte at kunnskap hos sykepleieren om hva personsentrert kommunikasjon og omsorg er, ga effekt i å redusere foreldrenes stressnivå. Eide og Eide (2018) viser til at sykepleierens kunnskap om god kommunikasjon også kan bidra vesentlig til å styrke mestring. Det er gjort forsøk på å finne målbar effekt av personsentrert kommunikasjon i praksis, som hos Månsson et al. (2019). Studien konkluderer med at de ikke kunne tallfeste effekten av person-sentrert kommunikasjon på foreldrenes stressopplevelse. Heller ikke den kvantitative forskningsstudien av Weis et. al (2013) kunne finne målbar effekt av personsentrert kommunikasjon. Til tross for at ingen av studiene kunne finne direkte sammenheng mellom person-sentrert kommunikasjon og redusert stressopplevelse hos foreldrene, kom det frem at sykepleierens tilstedeværelse og støtte var viktig for å håndtere stressopplevelsen. Å måle effekt av kommunikasjonstiltak kan derimot se ut til å være vanskelig, om ikke umulig. Dette er allikevel interessant, ettersom funnene kan tolkes dithen at opplevelsen av god

kommunikasjon er individuell og ikke mulig å generalisere. At opplevelsen er individuell hos hver enkelt, kan kanskje forklare hvorfor det er vanskelig å tallfeste hva god kommunikasjon er. Eide og Eide (2018) slår fast at det til syvende og sist, alltid vil være pasienten og pårørende som avgjør om kommunikasjonen har vært god eller ikke. En sykepleier kan derimot lære seg kunnskaper om god kommunikasjon, øve og prøve seg frem.

5.3 Familiebasert omsorg i praksis - emosjonell støtte til foreldre i krise

Sykepleierens plikt til å yte omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie er lovfestet i Helsepersonelloven i § 4 (Helsepersonelloven, 1999). Dette innebærer at omsorg er en plikt alle sykepleiere skal etterstrebe i sin yrkesutøvelse. Punkt 2.3 i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer fremhever omsorg som en viktig del av yrkesutøvelsen hos sykepleieren (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Familiebasert omsorg blir ofte benyttet som en arbeidsmetode sykepleieren kan ta i bruk på en nyfødt intensivavdeling (Grønseth & Markestad, 2017). En slik tilnærming av omsorg til hele familien, baserer seg på å se den enkelte i familien. Familiebasert omsorg vil derfor være i tråd med Benner og Wrubels (2013) omsorgsteori. Grønseth og Markestad (2017) fremhever foreldrenes opplevelse når sykepleieren utøver familiebasert omsorg. Foreldrene opplevde kommunikasjonen med sykepleieren som bedre, at sykepleieren viste mer forståelse for situasjonen, og var mer tilfredse med behandlingstilbudet på sykehuset. Foreldrene oppga bedre livskvalitet og helse, også i tiden etter sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017). Fra forskningen som er gjennomgått i denne oppgaven, er resultatene fra alle studiene relativt entydige: god omsorgsfull sykepleie, i tillegg til god kommunikasjon og informasjon, bidrar til å redusere foreldrenes stress og fremmer foreldrenes mestringsopplevelse i den nye foreldrerollen.

En stor del av det omsorgsfulle arbeidet innenfor familiebasert omsorg, vil være å støtte foreldrene i den nye foreldrerollen. For mange foreldre er tap av foreldrerollen det som oppleves som mest stressende (Sjøberg, 2017). Dette ble bekreftet også i studien til Al Maghaireh et al. (2016). Ifølge Sjøberg (2017) opplever mødre ofte mer stress enn det fedre gjør. Både Weis et al. (2013), Al Maghaireh et al. (2016) og Månsson et al. (2019) fant også i sine studier at mødre opplever mer stress enn fedre. Hagen, Iversen, & Svindseth (2016) fant derimot at fedrene opplevde like mye stress som mødre, men at de, i motsetning til mødre som var bekymret for barnet, var mer bekymret for barnets mor enn barnet selv. I tillegg la fedrene mer energi i å skjule følelsene, og dermed kunne de fremstå som mindre stresset enn mødre. Sjøberg (2017) støtter at foreldre reagerer forskjellig når deres barn blir alvorlig sykt, og generelt i en krise. Dette understreker viktigheten av å ivareta hver enkelt forelders individuelt.

Benner og Wrubels (2013) teorier legger stor vekt på at sykepleieren må se og forstå helheten i den enkelte pasients liv, helse og situasjon, for å kunne gi god omsorg. Al Maghaireh et al. (2016) poengterer at mødre og fedre har hver sine unike følelsesmessige erfaringer og

problemer. Håkonsen (2018) bekrefter at mennesker håndterer stress ulikt, og at noen tilsynelatende tåler stress bedre enn andre. Derfor vil kunnskap om forskjeller i stressnivå og opplevelser hos mor og far, bidra til at sykepleieren kan gi bedre omsorgsfull sykepleie og støtte til den enkelte. Sjøberg (2017) viser også til at menn og kvinner håndterer og uttrykker følelser forskjellig, og dermed også har ulike måter å tilegne seg mestringsstrategier på. Mødre bruker for eksempel følelsesmessige mestringsstrategier, som å søke sosial støtte og snakke ut om følelsene. Fedre benytter derimot ofte en problemfokusert strategi, som for eksempel kan innebære å fokusere på gjøremål eller oppgaver (Sjøberg, 2017). Sjøberg (2017) viser også til at fedre ofte skjuler følelsene sine, i et forsøk på å være sterk og å støtte sin partner. Dette bekreftes i studien gjort av Hagen et al. (2016). Sjøberg (2017) poengterer derfor at det er essensielt å få tak i den enkeltes families utfordringer, også de individuelle forskjellene på mor og far, for å kunne yte helhetlig omsorg til familien.

Emosjonell støtte fremheves hos Sjøberg (2017) som et sentralt behov foreldrene har i den sårbare tiden. Selv om det er sykepleie til den nyfødte som er førsteprioritet ved akutt og kritisk sykdom, ønsker også foreldrene å bli sett og anerkjent. I studien til Al Maghaireh et al. (2016) trekkes emosjonell støtte frem som en viktig og essensiell del av det omsorgsfulle arbeidet sykepleieren gjør. I den samme studien ble det understreket at emosjonell støtte fra sykepleier minimerer stress og annet ubehag vesentlig. Grønseth og Markestad (2017) påpeker at behovet for å bli sett og anerkjent, kan være større enn sykepleieren antar. En sykepleier kan åpne opp en dialog med foreldrene ved å rolig si: "Det må være en vanskelig tid for dere. Er det noe vi kan gjøre for å hjelpe?". Støttende tilbakemeldinger og interesse for familien som en helhet, oppleves som omsorgsfullt (Grønseth & Markestad, 2017)

Sjøberg (2017) sier at sykehusinnleggelsen gjør det vanskelig for foreldrene å opprettholde dagligdagse funksjoner. Dette stemmer overens med funn utført i studien til både Al Maghaireh et al. (2016) og Månsson et al. (2019). Disse beskriver hvordan forandring i hverdagens rutineliv øker stressnivået hos begge foreldrene. Fedrene opplevde å få dobbelt opp med hverdagens gjøremål, i fravær av at mor var på sykehuset. Hos Månsson et al. (2019) viste det seg også at når mor var mye på sykehuset, kunne det utløse negative følelser og stress knyttet til å være adskilt som par. Dette kunne være skadelig for hele familien, da det endret foreldrenes atferd også overfor andre familiemedlemmer (Al Maghaireh et al., 2016). Sjøberg (2017) peker på at mødre ofte kan ha skyldfølelse for å ha født for tidlig. Dette bekreftes i studien utført av Månsson et al. (2019). Grønseth og Markestad (2017) poengterer

at det er viktig at sykepleieren forteller at reaksjonene foreldrene har er normale, og at de ikke kunne gjort noe annerledes i svangerskapet for å forhindre at fødselen kom for tidlig.

En sykepleier kan legge til rette for å avlaste familien. Foreldrene har behov for avlastning, i tillegg anbefaler Helsedirektoratet (2019) dette i sine retningslinjer. Selv om foreldrene har behov for avlastning, vil de ofte ikke prioritere det. Sjøberg (2017) fremhever at det er svært viktig at foreldrene får et pusterom, og at dersom foreldrene føler seg ivaretatt, godtar de gjerne å ta en time-out. Når foreldre er uthvilt, er de i bedre stand til å ta vare på hele familien (Sjøberg, 2017). Grønseth og Markestad (2017) peker på hvor viktig det er å anerkjenne at familien som en helhet må fungere, og dermed unngå å belaste foreldrene mer enn nødvendig. Ved å oppmuntre til at andre familiemedlemmer kan komme og hjelpe til, for eksempel bestemor eller bestefar, kan sykepleieren bidra til å inkludere hele familien i den vanskelige tiden (Sjøberg, 2017).

5.4 Betydningen av sykepleieveiledning for å fremme mestring

Foreldrenes deltakelse i pleien og behandlingen av det premature barnet trekkes frem som viktig fra forskningen. Når foreldrene blir inkludert, og samtidig får tilbringe mye tid sammen med barnet, gir det positivt utslag både i å redusere stressopplevelser, tilpasning og mestring i den nye foreldrerollen (Al Maghaireh et al., 2016). Å anerkjenne foreldrene som en ressurs i omsorgen er viktig for å gi foreldrene selvtillit som omsorgsperson (Grønseth & Markestad, 2017). På den andre siden vil holdninger hos sykepleieren som viser at hun ikke ønsker å involvere foreldrene, bidra til at de opplever liten støtte. Dette kan utløse mer stress og ubehag. Derfor slår Grønseth og Markestad (2017) fast at det er essensielt å behandle foreldrene som jevnbyrdige samarbeidspartnere i den vanskelige tiden for at de skal kunne mestre sin nye rolle. Eide og Eide (2018) påpeker essensen av brukermedvirkning og pasientdeltagelse i forbindelse med mestringsarbeidet, og vektlegger at dette innebærer å la pasienten finne frem til svarene selv. Denne formen for mestringsarbeid omtales som empowerment, og anerkjenner og fremhever foreldrene som en ressurs (Tveiten, 2016). Når sykepleieren veileder, er målet å bidra til at foreldrene oppnår mestring gjennom refleksjon og ny kunnskap (Tveiten, 2016). Derfor bør sykepleieren legge til rette for at foreldrene er ekspert på seg og sitt liv, mens sykepleieren bidrar med kunnskap som foreldrene trenger. Dette vil fremme foreldrenes mestringsopplevelse (Tveiten 2016). Sykepleieren fordres også til å fremme mestring av de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.2 (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Heyn (2018) vektlegger strukturert og målrettet foreldreveiledning som et viktig prinsipp for å fremme relasjonen mellom foreldrene og det premature barnet, og dermed bidra til mestring av foreldrerollen. Eide og Eide (2018) trekker også frem at mennesker i krise først og fremst trenger hjelp med å finne mening og struktur i situasjonen de står i. Foreldreveiledning er beskrevet i FNs barnekonvensjon (Molven, 2015) og kan hjelpe foreldrene til struktur og mening (Heyn, 2018). Dette underbygges i flere av studiene gjennomgått av Al Maghaireh et al. (2016). Her pekes det på at involvering av foreldrene i barnets pleie, har direkte effekt i å redusere foreldrenes opplevelse av hjelpeløshet og å føle seg overflødig. Sykepleieren kan for eksempel undervise foreldrene i å tolke og forstå vitale målinger, i tillegg til å observere barnet og tolke dets signaler og atferd sammen med sykepleieren (Heyn, 2018). Sjøberg (2017) legger til at foreldrene verdsetter å ha litt kunnskap om vitale verdier, som for eksempel hva normalverdien for blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens er hos små barn.

Dette bidrar til at foreldrene selv kan avgjøre barnets tilstand, som igjen kan gi opplevelse av mestring. På den andre siden påpeker Grønseth og Markestad (2017) at foreldrene vanligvis ikke ønsker å ha oppgaver som de ikke føler seg kompetente til, som for eksempel å observere vitale tegn. Derimot vil de gjerne utføre stell, trøst og støtte. Sykepleieren bør derfor vurdere og kartlegge enhver forelder individuelt, med tanke på oppfølging av veiledning og informasjon. Individuell veiledning er i tråd med Benner og Wrubels (2013) teorier, som forklarer at det er essensielt at den enkelte person søker informasjon og mening i en vanskelig tid for å kunne fremme mestringsfølelse. En kan derfor hevde at individuell tilpasning og oppfølging er viktig i veiledningssituasjoner.

Som nevnt tidligere håndterer mennesker følelser, stress og ubehag ulikt. Det kan være hensiktsmessig å undertrykke følelsene i en akuttsituasjon, som ofte er en kort periode, for å kunne ha fokus på det som er alvorlig der og da (Eide & Eide 2018). Problemet med å undertrykke følelser oppstår først når mennesket gjør det over lengre tid. Dette tapper oss for krefter, og er en uhensiktsmessig mestringsstrategi. Dersom foreldrene ikke bearbeider de negative følelsene kan de utvikle psykiske senskader (Eide & Eide, 2018). Negative følelser kan derimot også virke som en motivasjon til å finne mening i en vanskelig tid. Sykepleieren bør være klar over dette, slik at disse følelsene kan brukes som en ressurs i mestringsarbeidet.

Det kan være vanskelig å finne mening og motivasjon i en vanskelig tid. Mennesker kan derimot tåle mange påkjenninger, så lenge det vi opplever har en hensikt eller mening. Det å få barn er forbundet med høy grad av stress, spesielt når barnet er alvorlig sykt. Grønseth og Markestad (2017) poengterer at foreldre som gis anledning til og får hjelp til å fylle foreldrerollen får styrket selvtillit, redusert stressnivå og føler de mestrer å være foreldre. Veiledning er viktig også fordi sykepleieren kan bruke tiden med foreldrene til å fremheve hvordan deres barn er unikt og flott. Dette kan bidra til å finne mening og motivasjon. Håkonsen (2018) fremhever at det å få barn er forbundet med høy grad av stress, spesielt når barnet er alvorlig sykt. Men så lenge det er dét barnet vi har ønsket oss, kan situasjonen på tross av omstendighetene, oppleves som meningsfull (Håkonsen, 2018).

6 Oppsummering og avslutning

I denne oppgaven har vi forsøkt å belyse hvilken kompetanse sykepleieren på en nyfødt intensivavdeling bør ha, for å kunne hjelpe foreldre med premature barn til å mestre den nye foreldrerollen og samtidig redusere stress. Problemstillingen er diskutert i forhold til teoretisk kunnskap og resultater fra forskningslitteraturen. Sykepleieren bør ha kompetanse om det premature barnet og foreldrenes opplevelse av det å få et prematurt barn som legges inn på nyfødt intensivavdeling. I tillegg er Benner og Wrubels sykepleieteori om omsorg, stress og mestring, kommunikasjonsteori, sykepleierens veiledningsfunksjon og relevante etiske og juridiske føringer, vesentlig å ha kunnskap om.

Sykepleieren kan hjelpe foreldrene med faglig veiledning om det premature barnets atferd og signaler, ettersom dette er vanskelig for foreldrene å tolke uten kunnskaper. Miljøet på en nyfødt intensivavdeling kan påvirke foreldrenes opplevelse av å føle seg utilstrekkelige som foreldre, og øke mengden negativt stress. Sykepleieren bør benytte familiebasert omsorg for å fremme familien som en enhet og foreldrenes betydning, som barnets viktigste omsorgsgivere. Kommunikasjonen bør fokusere på å være personsentrert. Mødre og fedre har forskjellige opplevelser, følelser og behov, og dette bør fanges opp av sykepleieren.

Informasjonen som gis bør være ærlig, direkte og kontinuerlig. Dette styrker tillit og trygghet hos foreldrene i møte med sykepleieren og annet helsepersonell på avdelingen. Dette bidrar til å fremme mestring av foreldrerollen og reduserer negativt stress. Benner og Wrubels (2013) teorier om omsorg, stress og mestringsteorier bidrar til å øke sykepleiernes forståelse av sammenhengen mellom begrepene, og hvordan dette kan benyttes i utøvelsen av omsorgsfull sykepleie til foreldrene. På denne måten bidrar sykepleieren til å redusere stress og fremme mestring. Både familierom og fellesstuer har sine positive og negative sider, fordi de ivaretar ulike behov. Familierom senker støy og travelhet, og bidrar derved til å redusere stress, samt at det gir større muligheter for privatliv og samvær med det premature barnet, mens fellesstuer på sin side bidrar til et fellesskap med andre foreldre i samme situasjon, der man kan hente tips, råd, inspirasjon og støtte fra medmennesker.

Implikasjoner for å utvikle et bedre sykehusmiljø som reduserer stress og fremmer mestring av foreldrerollen, vil kanskje være at alle landets nyfødt intensivavdelinger i fremtiden tilbyr både familierom og fellesstuer. I tillegg bør man satse mer på opplæring i familiebasert omsorg til sykepleierne.

7 Referanseliste

- Al Maghaireh, D., Abdullah, K., Chan, C., Piaw, C., & Al Kawafha, M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 25, ss. 2745-2756.
Doi: 10.1111/jocn.13259
- Benner, P., & Wrubel, J. (2013). *Omsorgens betydning i sygepleje* (2. utg.). København: Munksgaard.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folketryktdloven. (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grimsbø, G., Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). Hva er sykepleie. I G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagen, I., Iversen, V., & Svindseth, M. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, 16 (92).
Doi: 10.1186/s12887-016-0631-9
- Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2 - Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm.
- Håkonsen, M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (09.05.2019). *Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet/foreldre-er-en-viktig-del-av-behandlingsteamet-for-syke-nyfodte?malgruppe=undefined#foreldre-med-kritisk-syke-nyfodte-skal-sikres-praktisk-og-okonomisk-mulighe> [05.04.20]
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v.(LOV-1999-07-02-64) . Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lovisenberg diakonale høgskole. (17.03.2020). *Retningslinjer for oppgaveskriving - Referanser og referanseliste*. Hentet april 11, 2020 fra <https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving/retningslinjer-for-oppgaveskriving-referanser-og-referanseliste> [11.04.20]
- Månsson, C., Sivberg, B., Selander, B., & Lundqvist, P. (2019). The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, ss. 677-687. Doi: 10.1111/scs.12663
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk Helseinformatikk. (04.12. 2019). *For tidlig fødsel - prematuritet*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/barn/nyfodtmedisin/for-tidlig-fodsel-prematuritet/> [11.04.20]
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> [29.11.2019]
- Oslo universitetssykehus. (u.d.). *Nyfødt intensiv avdeling*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtintensiv-avdeling#les-mer-om-nyfodtintensiv-avdeling> [11.04.2020]
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm.
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. (2013). *Den gode oppgaven* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøtte og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sjøberg, I. (2017). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2 - Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm.

- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke ntyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm.
- Tandberg, B., Flacking, R., Markestad, T., Grundt, H., & Moen, A. (2019). Parental psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit. *PLoS ONE*, *14*(11).
Doi: 10.1371/journal.pone.0224488
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Weis, J., Zoffmann, V., Greisen, G., & Egerod, I. (2013). The effect of person-centred communication on parental stress in a NICU: a randomized clinical trial. *Acta Pædiatrica*.
Doi: Doi: 10.1111/apa.12404